Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov

**Léčebna zrakových vad, Sladkovského 840, 544 01 Dvůr Králové n.L.**

### IČO: 00195201 DIČ: CZ00195201

### tel. 499 320 197 E-mail:lzv.dk@tiscali.cz

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov je zapsáno v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Hradci Králové v oddílu Pr., vložka č.784

**URČENÍ OSOBY OPRÁVNĚNÉ DLE ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH (VYPLŇTE-PŘEDÁTE PŘI NÁSTUPU)**

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:………………………………………Datum narození:……………........

Adresa trvalého pobytu:…………………………………………………………………….

**Údaje zákonného zástupce(rodiče)**

Jméno a příjmení:………………………………………Datum narození:…………………

Kontakt/telefon/mail:……………………………………………………………………….

**Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.**

**Oprávněná osoba:**

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Datum narození:

Současně určuji, že tato osoba **může-nemůže** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány:

-osobně nebo telefonicky - zde musí znát zákonný zástupce heslo.......................................

Onemocní-li mé dítě během pobytu v LZV, souhlasím s nezbytně nutným diagnostickým a léčebným výkonem. Prohlašuji, že jsem nezamlčel žádné údaje mně známé o zdravotním stavu mého dítěte.

Současně určuji, že tato osoba **má-nemá** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

**Údaje poskytovatele** (kde bylo dítě vyšetřeno)

 Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov, Léčebna zrakových vad

Název (firma)……………………………………………………………………………………………………………….........

 Sladkovského 840, Dvůr Králové nad Labem

 Adresa zdravotnického zařízení………………………………………………………………………………………………….

IČO: 00195201…Obor poskytovaných zdravotních služeb: Oftalmologie V……………………Dne:………………………………

 ………………………………….

 Podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V…………………….Dne:…………………………………. …………………………..

 Podpis lékaře léčebny